

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

29

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juin 1898, à 1 heure

Par CHARLES MAILLARD

Né à Maulers (Oise) le 11 juin 1873

DE LA TORSION DES SALPINGITES

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. } GARIEL, professeur.
 } ALBARRAN et WEISS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

429

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N° —

POUR

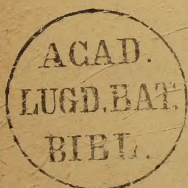
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juin 1898, à 1 heure

Par CHARLES MAILLARD

Né à Maulers (Oise) le 11 juin 1873

DE LA TORSION DES SALPINGITES



Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. } GARIEL, professeur.
ALBARRAN et WEISS, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Professeurs		M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENE.
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale	}	JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		TILLAX.
Clinique chirurgicale	}	BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		N.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILLEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RÉTTERER	WIDAL
QELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE LA

TORSION DES SALPINGITES

INTRODUCTION

La torsion du pédicule des kystes de l'ovaire est aujourd'hui un fait bien connu. Les observations s'en sont multipliées depuis les travaux de Rokitansky. Il n'en est pas de même de celle des salpingites et salpingo-ovarites.

Les premières représentent une proportion de 7 0/0, les secondes au contraire sont tout à fait exceptionnelles.

Aussi avons-nous cru intéressant de réunir les observations publiées jusqu'ici et de les grouper dans ce travail. Nous avons entrepris cette étude sous l'inspiration de notre cher Maître Monsieur Legueu. Qu'il nous soit permis en cette circonstance de lui dire toute la gratitude que nous garderons pour son savant enseignement et la bienveillante affection qu'il n'a cessé de nous témoigner, pendant les quelques mois que nous avons passés à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Je remercie également Mademoiselle Ioffé qui a mis

gracieusement à notre disposition ses connaissances des langues Allemande et Russe, et nos bons amis, Dégardin, Girel et Desquenue qui ont apporté à nos recherches leur précieux concours.

Monsieur Guyon a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il accepte l'hommage de notre profonde reconnaissance.

HISTORIQUE

C'est à M. Bland Sutton que nous devons la première observation publiée de torsion du pédicule des salpingites. Dans un ouvrage intitulé « *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes* » (London 1891) il signale un cas d'hydrosalpinx avec torsion du pédicule, opéré par Henry Morris.

Veit (*Centralblatt für Gynäkologie*, 30 mai 1891) quelques mois plus tard, mentionne cette torsion, mais sans apporter de fait nouveau.

L'année suivante, en 1892, M. Pierre Delbet rapporte dans le *Bulletin de la Société anatomique* un second cas.

Strogonof en 1893, présente à la Société d'accouchement et de gynécologie de Saint-Pétersbourg une observation nouvelle prise dans le service de M. Ott.

Une 4^e observation est relatée dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1894 ; elle est due à MM. Hartmann et Reymond.

Un médecin russe, Warnek, publie trois autres cas de torsion de la trompe : deux par salpingite et un troisième par cancer.

C'est ensuite M. Jacobs, de Bruxelles, qui présente à la Société belge de gynécologie et d'obstétrique un hématosalpinx avec pédicule tordu.

Enfin M. Legueu en 1897, remplaçant M. Pozzi dans son service de l'hôpital Pascal eut la bonne fortune d'en rencontrer un autre cas dont l'observation est consignée dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* (1^{er} février 1898).

ANATOMIE

La salpingite détermine sur la trompe une augmentation de volume peu considérable en général : le volume du petit doigt ; rarement elle atteint celui d'une poire ou du poing. Dans des cas exceptionnels elle offrait un développement énorme et la collection intra-tubaire pouvait atteindre plusieurs litres. Steman a opéré une salpingite tuberculeuse contenant deux litres de liquide ; dans une observation de L. Tait on trouve sept litres.

Dans les cas de torsion de salpingite observés, la tumeur était toujours assez volumineuse. Dans la 1^{re} observation de Warnek, la tumeur était de la grosseur d'une pomme de terre ; dans la 2^e d'une tête de fœtus de 6 mois. Dans l'observation d'Hartmam et Reymond c'est une masse volumineuse et l'on en peut extraire 400 grammes de sang. C'est enfin dans l'observation de Legueu un gros œuf de poule.

La salpingite comprend rarement le tiers interne de la trompe ; elle affecte presque toujours les deux tiers externes de cet organe.

Elle se présente à l'opérateur sous différents aspects (nous ne parlons pas des diverses variétés de salpingite,

mais uniquement de celles où l'on a trouvé un pédicule tordu); tantôt c'est la forme d'une anse intestinale recourbée dans laquelle le ligament large simule un repli mésentérique ; tantôt c'est une tumeur globuleuse, tantôt elle est ovoïde, tantôt lobulée.

Ces différentes variétés tiennent au développement de la tumeur et aussi à la constitution intime de la trompe lésée. Les travaux de Freund tendent à établir en effet que les trompes sont passibles de subir en certains points des arrêts de développement. Il en résulte un état infantile de ces portions d'organe qui détermine à l'état normal et plus encore dans l'organe enflammé des inégalités de volume de la cavité. Rien n'est plus facile alors d'obtenir des collections enkystées : le calibre rétréci par places est tout à fait prédisposé à s'oblitérer complètement.

La tumeur une fois tordue sur son pédicule ne reste pas toujours libre ; il s'établit facilement des adhérences. Celles-ci sont très variables et peuvent affecter tous les organes du petit bassin, péritoine pelvien (Bland Lutton), anses intestinales (Delbet, Legueu), épiploon, intestin grêle, anse oméga (Hartmann). Les adhérences rompues, on trouve la tumeur qui se présente sous un aspect particulier. Elle n'est pas lisse, de couleur blanc bleuâtre à parois minces, transparente, papyracée comme l'hydrosalpinx; ce n'est pas non plus une salpingite banale; c'est une masse rouge sombre, noirâtre, à paroi turgescente.

L'ovaire peut affecter des positions diverses; dans deux de nos observations il fait corps avec la tumeur, dans trois autres il est en dehors, et même, détail assez intéressant,

malgré de patientes recherches, Warnek ne put dans un cas le trouver pour l'ôter.

La trompe tordue sur son pédicule affecte à peu près les mêmes rapports que la salpingite ordinaire. On l'a trouvée rejetée en arrière et portée dans le cul-de-sac postérieur ; on l'a trouvée aussi, étendue transversalement de la corne utérine à la fosse iliaque : ce sont les situations de l'état pathologique banal. Elle peut toutefois sortir du bassin et se développer dans la cavité abdominale. Chez le malade d'Hartmann elle occupait l'hypogastre, la moitié gauche de la région ombilicale, la fosse iliaque du même côté et remontait au-dessus de l'ombilic.

La torsion se produit indifféremment sur l'une ou l'autre trompe, nous l'avons trouvée quatre fois à droite et quatre fois à gauche.

Pédicule. — Il est intéressant de connaître la constitution du pédicule car cette étude nous aidera à comprendre les modifications apportées, par la torsion dans l'évolution des la salpingite. Nul à l'état normal puisque la trompe est, largement fixée dans le bassin par le ligament large, il n'est créé que par l'affection elle-même.

Il est constitué alors par la trompe elle-même, le ligament large dans le dédoublement duquel elle se trouve, des artères, des veines et des nerfs. La description de la trompe comprise dans le pédicule est faite en détail par M. Hartmann. « La portion de la trompe prise dans le pédicule est à peine grosse comme une plume d'oie : aussitôt après, elle devient comme le pouce et son volume va encore en augmentant vers le pavillon : en coupant la trompe on obtient des tranches d'un rouge sombre presque

noires... dans le tiers interne la lumière est très étroite par rapport à l'énorme épaisseur des parois. Mais plus en dehors elle devient elle-même considérable et c'est par cet orifice ayant 2 centimètres que s'ouvre la trompe dans le kyste contenant l'épanchement sanguin.

Les artères de l'oviducte proviennent de deux sources : de l'utérine et de l'ovarienne. L'utérine se prolonge au-dessus de la trompe en une petite artère flexueuse et à direction transversale : c'est l'artère tubaire interne. L'ovarienne abandonne également une collatérale ascendante qui court le long de la trompe et porte le nom d'artère tubaire externe. Ces deux artères tubaires cheminent en sens inverse, s'anastomosent à plein canal et forment une longue arcade sous-tubaire dont les rameaux abordent la trompe par son bord inférieur et se terminent en un riche réseau à mailles polygonales au niveau de la muqueuse.

Les veines issues de la trompe se dirigent vers le mésentérique et y forment un réseau à mailles très larges allongées parallèlement à l'axe de la trompe ; finalement elles se jettent dans l'utéro-ovarienne.

Le pédicule qui comprend ces divers organes est en général assez grêle. Toutes nos observations font mention de cette petitesse : « Le pédicule est très mince, du volume du petit doigt à peu près et on y voit nettement des replis en volute qu'indiquent une torsion évidente » (Delbet). « Les deux tiers externes de la trompe étaient unis au tiers interne par un cordon mince, long de 4 centim. » (Warnek) « On s'aperçoit que le pédicule est tordu sur lui-même et que ce pédicule, de la grosseur d'une plum

me d'oie est en continuité avec la corne utérine.» (Legueu).

Rarement il est gros et atteint la grosseur de l'index : c'est le cas de la malade de Hartmann..

La longueur du pédicule est en général assez faible ; elle a pu atteindre 4 centim., mais sa constitution même l'empêche d'avoir les dimensions démesurées (30 centim. dans une observation de Sp. Wels) que l'on rencontre dans les kystes de l'ovaire.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

La torsion détermine des lésions du pédicule et de la tumeur ; mais cette torsion peut revêtir deux modalités différentes : elle se produit brusquement ou évolue lentement. Il nous est permis de rapprocher encore ces phénomènes de ceux produits dans les kystes de l'ovaire.

Nous avons vu à l'anatomie du pédicule, que celui-ci embrassait les vaisseaux qui irriguent la trompe et en ramènent le sang veineux. Si la torsion vient interrompre le cours du sang, la tumeur sera privée de toute nutrition et le sphacèle devra se produire. M. Jacobs trouva la trompe variqueuse et présentant une coloration verdâtre rappelant la gangrène. Le sphacèle peut être complet et la tumeur peut se détacher et se libérer de son pédicule. Dans cette même observation, M. Jacobs peut en constater la formation : « La minceur des parois au niveau de la torsion, le développement et la pression des parties tubaires situées en deça et au-delà eussent certainement amené très rapidement une rupture complète. » C'est d'ailleurs ce que l'on a signalé plusieurs fois pour les kystes de l'ovaire. Si le fait ne s'est pas produit enco-

re pour les salpingites, cela est dû à la pénurie des observations, mais le cas peut se rencontrer.

L'arrêt de la circulation peut ne pas se produire en même temps dans les artères et dans les veines ; celles-ci à cause de la minceur de leur paroi, de leur défaut de rigidité sont oblitérées plus tôt que les artères dont les parois sont très résistantes. Vercoutre a bien mis ce fait en évidence par l'expérience suivante : il fait des injections de liquide coloré dans les artères et dans les veines d'un cordon ombilical qu'il soumet à une torsion progressive ; or il note que la veine moins résistante s'oblitére la première puis les artères dont les tuniques interne et moyenne se sectionnent.

La circulation en retour est donc abolie, tandis que le kyste reçoit encore le sang artériel. La suppression de la circulation veineuse d'une part et l'apport continu de sang rouge d'autre part peuvent produire une augmentation considérable de pression dans les vaisseaux du pédicule ; il suffit de se rappeler la facilité avec laquelle se produisent les ruptures veineuses. La conséquence est l'hémorragie dans l'intérieur de la tumeur. Le cas de Warnek est tout à fait démonstratif. La tumeur est divisée en deux portions : la plus interne non tordue est un hydrosalpinx typique ; la seconde externe tordue un hémato-salpinx. Il est rationnel d'admettre que ces deux tumeurs séparées par un rétrécissement étaient primitivement de même nature. Ce qui a changé la seconde d'hydro en hémato-salpinx, c'est la rupture veineuse provoquée par la torsion.

Mais en même temps qu'il se fait des hémorragies dans

l'intérieur de la cavité, il s'en produit également dans l'épaisseur même de la paroi. Cette hémorrhagie interstitielle est très abondante ; elle se produit dans l'intérieur des franges du pavillon, en écarte les feuillets et tend ainsi à en effacer de plus en plus la saillie. La muqueuse est très épaissie ; chacun des faisceaux conjonctifs semble nager dans le sang ; de même les couches musculaires ; l'hémorrhagie s'est produite non seulement entre deux faisceaux, mais entre les fibres des mêmes faisceaux, et il est souvent difficile de voir si le sang qui le sépare est contenu dans un capillaire très dilaté ou appartient à une hémorrhagie interstitielle (Hartmann.)

L'hémorrhagie dans l'intérieur de la tumeur est capable d'y produire un accroissement subit. C'est pour ce motif que tous les cas de torsion observés présentent des tumeurs d'un volume assez notable.

C'est aussi le sang veineux épanché qui donne à la masse cette teinte brune rougeâtre et noirâtre.

Lorsque la torsion a été assez complète pour arrêter le cours du sang, des vaisseaux peuvent se néoformer dans les adhérences et créer une nouvelle voie d'apport pour la tumeur. B. Sutton a nettement constaté leur présence à la surface de son hydrosalpinx.

La torsion n'est pas toujours serrée à ce point. Après une interruption momentanée la circulation peut se rétablir d'une façon plus ou moins complète, mais suffisante pour permettre à la tumeur d'échapper au sphacèle. Dans une de nos observations, même, le pédicule était si peu serré que les veines avaient encore un orifice suffisant pour permettre la circulation de retour ; aussi ne trouva-

t-on dans la tumeur qu'une petite quantité de sang mélangé à la masse séreuse de l'hydrosalpinx. Et pourtant le début avait été brusque, puisque la malade avait été prise de douleurs très vives avec vomissements.

La torsion du nerf du pédicule détermine de l'hyperesthésie de la tumeur; elle produit cet état particulier que l'on appelle pèrìtonisme c'est à cette irritation que seront dus les phénomènes que nous décrivons en détail au chapitre des symptômes.

Il nous est impossible d'établir sur des faits précis la torsion lente des salpingites; aucune observation n'en a été publiée jusqu'ici. Pourtant on peut en admettre l'existence par analogie avec les kystes de l'ovaire. L'absence de symptômes a dû la laisser passer inaperçue. Peut-être pourrait-on considérer l'observation de M. Legueu comme un cas de torsion lente, mais les crises successives produites pendant un an après la première crise initiale peuvent être également attribuées à des modifications survenues du côté de la tumeur.

Le nombre de tours de spire varie suivant les sujets. Jacobs en a trouvé un seul, MM. Legueu et Delbet un et demi, tandis que Warnek en a compté quatre et demi. Ce sont encore à peu près les mêmes chiffres que pour les pédicules de l'ovaire. Pour reconnaître combien de fois la tumeur a été tordue sur son axe, il est commode, pendant l'opération, suivant le conseil de Terrillon, pour les kystes ovariens, de faire tourner la tumeur en sens inverse. On trouve également par ce procédé le sens de la rotation: il est variable, tantôt dans le sens des aiguilles d'une montre, tantôt dans le sens

inverse; il doit d'ailleurs être en rapport avec la cause qui l'a produite.

Le péritoine en contact avec la salpingite présente des modifications. Hartmann en a étudié avec soin les lésions : « Les travées qui séparent les cellules graisseuses sont épaissies, contiennent un grand nombre de leucocytes. Beaucoup de vaisseaux sont thrombosés et de nombreuses hémorragies interstitielles se sont produites; les travées sont de plus en plus épaisses et remplies de cellules inflammatoires. »

MÉCANISME

Les premiers auteurs qui se sont occupés de la torsion des pédicules ont cherché à mettre en relief ce fait que ce mécanisme se produit d'autant plus volontiers que le pédicule est plus petit. C'est ainsi que Lawson Tait parlant des kystes de l'ovaire écrivait : « La torsion est survenue avec des tumeurs de toutes espèces, volumineuses, petites, lisses, globulaires, irrégulières. Pour qu'elles puissent se faire, il suffit que les tumeurs soient mobiles, et aient un pédicule susceptible d'être tordu. »

La trompe ne paraît guère posséder ces deux conditions. Si elle est capable d'assez notables déplacements, elle ne peut les effectuer qu'en masse. Enfin son pédicule est volumineux et contraste singulièrement avec celui si mince et si grêle du kyste de l'ovaire.

Située entre l'utérus avec lequel elle communique à sa partie interne, rattachée à l'ovaire par le ligament tubo-ovarien, la trompe est incluse pendant une grande partie de son parcours dans l'épaisseur du ligament large. Il y a donc là, à l'état normal, un vaste pédicule qui semble à l'abri de la torsion.

Il est dès lors difficile d'admettre que les déplacements occasionnés par le jeu physiologique des organes conte-

nus dans la cavité abdominale et le petit bassin soient suffisants pour imprimer à cette masse ainsi pédiculisée un mouvement de rotation. Quelle perturbation peuvent apporter à la trompe les mouvements de l'intestin, l'état de déplétion ou de réplétion du rectum, la vacuité ou la distension de la vessie ? Il en est de même des mouvements violents et des attitudes que l'on donne au corps.

Comment alors expliquer le mécanisme ? Il nous paraît nécessaire pour cela d'étudier en détail les modifications apportées à la trompe par l'état pathologique.

Sous l'influence du travail inflammatoire, le salpinx qui ressemblait à un cordon analogue au canal déférent et se logeait dans l'épaisseur du ligament large, se dilate et affecte la forme d'un boudin. Tantôt la dilatation est plus prononcée du côté de l'orifice abdominal et nous avons la forme d'une poire. Tantôt, enfin, elle est irrégulièrement augmentée de volume et forme des bosselures. Parfois la trompe est repliée sur elle-même à tel point que la coupe de la tumeur formée par les annexes présente trois ou quatre sections de cet organe :

Si la trompe prend la forme d'un boudin, celui-ci peut se replier sur lui-même et former deux tronçons parallèles accolés ; à leurs extrémités se trouve, d'un côté, la portion interne petite et n'ayant pas participé à l'inflammation ; de l'autre le ligament tubo-ovarien.

La disposition affectée est celle d'un battant de cloche ; l'organe qui à l'état normal portait un vaste pédicule en possède maintenant un relativement petit. Il réunit les deux qualités requises par Lawson Tait pour la torsion : mobilité et petitesse du pédicule. Une des causes secon-

dares que nous avons citées tout à l'heure peut intervenir et produire accessoirement cette torsion.

Tel est le mécanisme que l'on peut invoquer dans l'observation de Delbet. « La tumeur est formée de deux parties adossées à peu près comme le serait une anse intestinale dont les deux bouts adhéreraient l'un à l'autre par leur bord mésentérique. Le pédicule est très mince et du volume du petit doigt à peu près.

Prenons une autre disposition, la piriforme. La partie développée est surtout la partie externe, or, nous savons qu'en cet endroit la trompe s'est affranchie en partie de ses connexions avec le péritoine. Son pédicule est donc encore relativement faible ; de plus ses inégalités de développement déplaçant le centre de gravité de la tumeur en facilitent la rotation. C'est la forme trouvée chez la deuxième malade de Warneck et chez celle de Legueu.

La trompe peut présenter également des inégalités de calibre, des rétrécissements sur son parcours. La partie externe n'en sera que plus libre encore puisque la torsion pourra s'effectuer en ce point rétréci. Dans l'observation de Jacobs ce rétrécissement siégeait à trois centimètres de l'utérus. La première observation de Warneck est encore plus démonstrative : la trompe renfermait deux tumeurs séparées par un rétrécissement ; l'externe seule subit une torsion.

En résumé la cause première de la torsion vient de la tumeur. Impossible, à l'état normal il faut pour qu'elle puisse s'effectuer que la masse se pédiculise en quelque sorte ; c'est alors et alors seulement que les causes secondaires que nous avons énumérées pourront intervenir ainsi que l'inégalité du développement de la tumeur.

SYMPTOMES

Les symptômes de torsion que nous étudierons dans ce chapitre, sont ceux de la torsion brusque, puisque tous les cas observés jusqu'ici se rapportent à ce mode de production. Lorsque les observations se seront multipliées, et que de parti pris les chirurgiens examineront les pédicules de toutes les salpingites, nous avons la conviction intime que l'on trouvera des cas à évolution lente ; alors seulement il sera possible d'en faire la symptomatologie.

Lorsque la torsion se produit, les malades souffraient depuis longtemps déjà de leurs lésions. Ces douleurs, plus ou moins vives, étaient localisées dans les parties latérales ; rarement limitées à la région tubo-ovarienne, elles s'irradiaient vers les lombes, le siège, le sacrum, la hanche et le coccyx.

Tout à coup la scène change et prend un aspect dramatique. Le sujet est pris d'une poignante douleur dans le côté, douleur capable de provoquer la syncope. La marche est rendue impossible tellement sont intolérables les souffrances. Il faut porter la malade dans son lit. En même temps surviennent des vomissements, le pouls s'ac-

célère, le facies s'altère. Les vomissements, sont alimentaires, puis bilieux, mais jamais fécaloïdes, et peuvent se répéter très souvent et durer plusieurs jours. A chaque nouvelle crise, ils se reproduisent avec la même intensité et pendant le même laps de temps.

Ce tableau est au grand complet dans l'observation de Delbet. « R... se promenait dans la rue, lorsqu'elle fut prise d'une horrible douleur dans la fosse iliaque du côté gauche. Sous l'influence de cette douleur syncopale, elle tombe et ne peut se relever.... Elle est prise de vomissements qui continuent toute la nuit et jusque dans la journée du lendemain. La malade est préoccupée, agitée ; le facies est rouge, le pouls assez plein, bien qu'un peu rapide ; la température normale ».

En nous basant sur tous ces faits, nous sommes amenés à donner de la crise suraiguë qui suivit cette torsion de salpingite l'explication suivante : Au moment où cette torsion se produit, des tiraillements, des irritations portent sur le plexus solaire. Il en résulte de vives excitations qui, transmises aux centres, causent un ébranlement de tout le système nerveux. Ainsi s'explique cette foule d'actes réflexes dont le vomissement est le plus important et le plus constant.

Ce fait a été mis en évidence par M. Thiriac, qui a obtenu les mêmes résultats en excitant les plexus nerveux chez des chiennes. D'ailleurs, on voit des symptômes analogues dans l'ovariotomie, l'hystérectomie, et les opérations sur l'appareil génital de la femme.

Ceci n'est pas d'ailleurs spécial à la torsion de la salpingite, mais se rencontre dans toutes les torsions

spontanées de pédicule. On le trouve communément dans les kystes de l'ovaire. Il a été même signalé dans un cas de torsion de la rate. Dans une observation prise dans le service de M. Terrier on fait mention d'une jeune fille qui, deux heures après le déjeuner, fut prise de douleurs abdominales, de ballonnement et de vomissements. La face est pâle, les yeux excavés, le pouls petit, à 120 ; pas de gaz par l'anus. A l'ouverture du ventre, on constate une rate volumineuse tordue deux fois en son pédicule.

Mais les phénomènes ne se présentent pas toujours avec cette intensité. Ils se bornent, dans la majorité des cas, à une douleur très violente et très vive, et aux vomissements. L'altération du facies qui est presque constante, n'apporte souvent que peu de lumière au diagnostic.

Examen local. — Au moyen de la palpation, on peut déterminer au niveau de la lésion, de la douleur. Celle-ci en général n'est pas très vive. Warnek a pu explorer, sans éveiller aucune réaction pénible, une de ses malades et sentir le pédicule qui lui sembla tordu. C'est là un fait exceptionnel et l'on ne devra pas compter en clinique sur un tel signe : les parois abdominales ne sont pas souvent aussi complaisantes, qu'elles permettent un aussi délicat et minutieux examen.

Le toucher permettra de sentir que l'utérus est libre et ne fait pas corps avec la tumeur ; celle-ci sera perçue dans un des culs-de-sac.

En complétant par l'exploration bi-manuelle ou pourra délimiter la tumeur, la trouver volumineuse et nettement annexielle. Peut-être parviendra-t-on également à sentir le pédicule, mais rarement à percevoir la présence de

spires. Cette exploration permettra presque toujours de placer la tumeur au niveau des annexes, et si Delbet a pu ignorer cette localisation chez sa malade, c'est que le tableau symptomatique simulait à s'y méprendre l'occlusion intestinale et qu'il ne put pratiquer l'exploration génitale.

En résumé, la torsion d'une salpingite s'accompagne d'une douleur très vive pouvant aller à la syncope, d'un état général qu'on désigne sous le nom de péritonisme, et d'une augmentation de la tumeur située au niveau des annexes. Rarement le toucher ou le palper permettront de sentir un pédicule tordu.

DIAGNOSTIC

En présence des phénomènes que nous avons précédemment décrits et qui accompagnent la torsion du pédicule des salpingites, le médecin verra les conditions de son diagnostic varier suivant qu'il connaissait déjà la maladie ou qu'il l'examine pour la première fois.

Dans le premier cas il a précédemment reconnu l'existence de la tumeur, l'a vu évoluer, se développer, il en a apprécié la forme et le volume. Seuls restent alors pour lui, inexpliqués, les accidents récents pour lesquels on le fait appeler : douleur subite et violente dans la fosse iliaque du côté malade, vomissements, pouls accéléré, facies altéré, accroissement de la tumeur, etc.

Quatre hypothèses principales se trouvent en présence. On a affaire à une colique salpingée, à une rupture spontanée, à une poussée congestive du côté de la tumeur, à une torsion du pédicule. Dans la colique salpingée la malade éprouve de véritables tranchées très douloureuses avec crises paroxystiques parfois atroces, mais ces douleurs se terminent brusquement par l'évacuation du liquide purulent, séreux ou sanguin.

Dans la salpingite à pédicule tordu, même tableau symptomatique sauf l'écoulement de liquide ; l'orifice tubaire est intercepté au niveau de la torsion et ne saurait lui livrer passage. Dans un des cas de Warnek on a eu pendant quatre jours un léger écoulement, mais il ne faut pas oublier que dans ce cas il y avait deux tumeurs et que le liquide provenait sans nul doute de l'hydrosalpinx logé dans la partie interne de la trompe.

La rupture de la trompe débute également d'une façon solennelle et dramatique, par des syncopes, douleurs violentes, vomissements, météorisme, mais alors la tumeur au lieu d'augmenter comme dans la torsion, diminue pendant que le cul-de-sac postérieur se trouve envahi par une masse molle et fluctuante.

Ce ne sont plus des différences de symptômes, mais des variations dans leur intensité qui nous feront songer à des poussées congestives. Celles-ci auront un début plus insidieux, affecteront une allure plus lente. La brusquerie du début fera défaut.

Nous ne citons que pour mémoire la sensation de pédicule tordu que donnera le palper ou le touche : signe diagnostique de premier ordre, il permettrait de se prononcer d'une façon ferme, mais comme nous l'avons noté aux symptômes, on ne le rencontrera que d'une façon exceptionnelle.

Le diagnostic avec ses caractères si peu nets sera dans la grande majorité des cas d'une très grande difficulté, surtout lorsque d'autres lésions surajoutées viendront mélanger leur symptomatologie avec celle de la salpingite : la torsion sera alors une trouvaille au cours de l'opération.

Et pourtant ces cas sont en somme ceux qui présentent le moins de difficulté. Bien souvent le médecin voit la malade pour la première fois et les phénomènes qu'il constate doivent du même coup lui révéler l'existence de la salpingite, et de la complication survenue.

Si le début est nettement brusque, il pensera à une occlusion intestinale, à une appendicite, à une torsion de kyste ovarien.

Dans le cas de kyste ovarien on assiste à la même évolution des symptômes, et si la lésion ne permet pas de différencier l'origine ovarienne ou tubaire, le diagnostic sera impossible.

Dans l'occlusion intestinale, le ventre sera plus météorisé, les vomissements, après avoir été alimentaires et bilieux, seront fécaloïdes; la constipation sera absolue et l'anus ne livrera passage à aucun gaz.

Dans l'appendicite, la douleur est nettement localisée au point de Mac Burney. La brusquerie du début a été précédée de symptômes intestinaux: colique passagère alternative de diarrhée et de constipation.

Quoi qu'il en soit, ces différences sont assez subtiles et ne dirigent pas fatalement vers l'exploration des annexes. Aussi le médecin doit-il prendre pour règle toutes les fois que les symptômes ne se présenteront pas avec une très grande netteté d'explorer méthodiquement l'appareil génital.

D'ailleurs ce diagnostic très intéressant au point de vue théorique ne présente pas, en pratique, la même importance puisque ces différentes affections sont susceptibles de la même intervention : la laparotomie.

PRONOSTIC

Le tableau clinique que nous avons tracé montre que cette complication augmente la gravité de la salpingite. Partout nous trouvons une augmentation très grande de la douleur, et les malades qui par pusillanimité avaient jusque-là reculé devant une intervention, la réclament maintenant à grands cris.

La tumeur ne paraît jamais avoir rétrocedé, s'être atrophiée, dégénérée comme cela se produit dans les kystes de l'ovaire : l'exacerbation des symptômes a toujours suivi la torsion, et l'état général en a toujours subi le contre-coup.

D'autres accidents peuvent survenir : la paroi privée de vitalité et devenue plus friable, est passible de se rompre. La circulation est-elle totalement interrompue, des plaques de gangrène se produisent sur la tumeur, atteignent le pédicule, et le champ est ouvert à toutes les complications : hémorrhagie abondante, rupture et suppuration, péritonite plus ou moins généralisée et septicémie.

Ce n'est point là une simple idée théorique ou une assimilation aux kystes de l'ovaire ; la pièce de Jacobs en fait foi. Le sphacèle commençait son œuvre et avait déjà frappé de mort certains points de la trompe malade.

TRAITEMENT

La laparatomie est la seule solution que l'on puisse appliquer à cette affection. Aucun traitement médical ne pourrait enrayer les complications possibles, ni faire rétrocéder la tumeur. Il faut que le chirurgien aille chercher la trompe tordue pour en sectionner le pédicule et l'enlever. D'ailleurs les progrès de l'antisepsie et la bénignité relative de la laparatomie rendent cette opération extrêmement simple et facile. Aussi tous les cas qui font le sujet de nos observations se sont-ils terminés par la guérison.

Il a suffi pour obtenir ces brillants résultats de pratiquer une antisepsie rigoureuse.

CONCLUSIONS

La trompe est susceptible de se tordre comme un simple pédicule de kyste de l'ovaire.

La torsion embrasse la trompe à sa partie interne et le ligament large. L'ovaire est ou non compris dans la tumeur.

Elle détermine un arrêt de la circulation : l'hématosalpinx et parfois la gangrène en sont la conséquence.

Cette complication ne peut se produire que si la tumeur s'est en quelque sorte pédiculisée auparavant.

Les symptômes les plus constants sont une douleur subite dans la fosse iliaque, péritonisme, et présence d'une tumeur volumineuse au niveau des annexes.

Le seul traitement efficace est une intervention immédiate par la laparotomie.

Observation I (Bl. Sutton).

« *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes* ».
London, 1891.

La torsion se rencontre dans l'hydro-salpinx. Le seul cas que je connaisse vient de la pratique de mon collègue Henris Morris. Je l'aidai dans son opération et pus ainsi constater nettement l'état des parties.

Il s'agissait d'une hydro-salpingite typique. Le liquide contenu était de couleur chocolat. La portion de trompe-intermédiaire au kyste et à l'utérus était fortement tordue, de 3 tours et demi. Le kyste adhérait aux parties voisines du ligament large et au péritoine pelvien. Il recevait certainement des vaisseaux nutritifs de cette source, ses connexions vasculaires, normales se trouvant supprimées.

Observation II (Delbet).

Bulletin de la Société anatomique, 1892. Paris.

F. R..., 30 ans, ne présente rien dans ses antécédents que quelques douleurs pelviennes et de peu d'intensité. Le 20 février 1892, vers 4 heures du soir, elle se promenait dans la rue lors-

qu'elle est prise subitement d'une horrible douleur dans la fosse iliaque du côté gauche. Sous l'influence de cette douleur syncopale elle tombe et ne peut se relever. On la ramasse et on la transporte à la Charité où elle est placée dans un service de médecine.

Pendant le trajet elle est prise de vomissements qui continuent toute la nuit et jusque dans la journée du lendemain.

Je la vois vers midi. Les vomissements se sont reproduits une vingtaine de fois; ils n'ont pas le caractère fécaloïde. La malade n'a rendu ni matières, ni gaz par l'anus; elle est préoccupée, agitée, se rendant parfaitement compte de la gravité de son état. Le facies est rouge, le pouls assez plein bien qu'un peu rapide, la température normale. L'abdomen est plutôt rétracté que ballonné. Les douleurs spontanées ont toujours pour siège la région iliaque gauche; la palpation, particulièrement dans cette région, les augmente à tel point que tout examen sérieux est impossible. Je pratique le toucher rectal et le toucher vaginal, mais comme il est impossible d'y joindre la palpation hypogastrique, ces examens ne révèlent rien si ce n'est que le rectum est libre.

Les symptômes d'occlusion étaient très nets, absence de selles et de gaz, vomissements.

Comme le début avait été très aigu, très brutal, je pensais qu'il s'agissait soit d'un étranglement par bride, soit d'un volvulus, et je proposai la laparotomie immédiate qui fut acceptée.

Je pratiquai cette opération le 21 février vers 4 heures du soir, c'est-à-dire 24 heures environ après le début des accidents, avec l'aide de M. Gazin, interne du service, en présence de M. Routier, chirurgien des hôpitaux. Incision sous-ombilicale sur la ligne blanche. Le péritoine ouvert, je glissai la main

du côté de la fosse iliaque gauche, puis dans le petit bassin du même côté, et après avoir déplacé quelques anses intestinales mollement adhérentes, je sens une tumeur qui me fait de suite penser à une salpingite.

J'amène sans difficulté cette tumeur dans l'incision et hors de l'abdomen.

Elle est absolument noire. En l'examinant je constate qu'elle est formée de deux parties adossées, à peu près comme le serait une anse intestinale dont les deux bouts adhéreraient l'un à l'autre par leur bord mésentérique. Le pédicule est très mince, du volume du petit doigt à peu près et on y voit nettement des replis en volute qui indiquent une torsion évidente.

Je pensais alors qu'il s'agissait d'une anse intestinale atteinte de volvulus, et après avoir fait constater aux assistants l'existence de cette torsion du pédicule, je me mis en devoir de le détordre dans l'espoir de voir la circulation des matières intestinales reprendre dans l'anse supposée. Pour ramener ce pédicule à la rectitude, il fallut faire exécuter à la tumeur trois demi-tours. Mais aucune circulation ne se rétablit, et le pédicule restait très grêle.

J'explorai alors le pédicule et il me sembla qu'au-delà de cette partie rétrécie il s'étalait en divergeant, et que sa portion interne se portait vers le détroit supérieur. Je revins alors à mon idée première : je supposais que cette tumeur était une salpingite, mais l'apparence était si trompeuse que je n'osai pas la réséquer, et, après avoir pris conseil de M. Routier, je me décidai à dévider tout l'intestin, pour être bien sûr que cette tumeur n'en dépendait pas.

Je cherchai donc vers le cœcum la dernière anse de l'iléon,

et je fis l'inspection en remontant vers le duodénum. Cette partie de l'intestin grêle était affaissée.

Bientôt, en continuant le dévidement, j'amenai les anses, qui correspondaient à la moitié droite du bassin; elles étaient rouges, dépolies et recouvertes de minces exsudats peu adhérents qui furent facilement enlevés.

Tout l'intestin ayant été dévidé, il était bien certain que la tumeur n'en faisait pas partie.

Pendant ce temps la narcose s'était complétée. L'examen était plus facile. Je constatai plus nettement que le pédicule au-delà de sa partie rétrécie divergeait en dedans vers la corne utérine, en dehors vers le détroit supérieur, puis j'amenai dans la plaie l'ovaire, qui était situé au-dessous de la partie rétrécie. Il était dès lors évident, qu'il s'agissait d'une salpingite, et, après avoir lié le pédicule, j'enlevai la trompe et l'ovaire.

J'explorai alors la trompe de l'autre côté et trouvant la trompe oblitérée et distendue par une légère quantité de liquide, je l'enlevai également avec l'ovaire.

Lavage du péritoine avec une solution boriquée tiède; drainage avec une mèche de gaze iodoformée. Suture.

La malade guérit sans autre incident que quelques vomissements survenus le sixième jour et ayant cédé à un lavage de l'estomac.

Sur la pièce on peut voir que la portion externe de la trompe est repliée le long de la portion interne et simule assez bien une anse intestinale dont les deux bouts seraient adhérents par leur bord mésentérique.

Cette torsion a déterminé une stase veineuse s'observant par la coloration, noirâtre de la tumeur, et des hémorrhagies dans la cavité, car le contenu de la trompe était hématique.

Observation III (Strogonoff).

Vratsch, 1893.

X..., âgée de 39 ans, entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Ott le 17 août 1893. Mariée à 16 ans, elle fut réglée à la même époque. Ses règles duraient 3 et 4 jours et se répétaient toutes les quatre semaines. Elle eut, à 17 ans, un accouchement normal sans suites pathologiques.

Il y a 15 ans la malade eut des douleurs dans le côté droit et le bas-ventre. Celles-ci durèrent 7 ans et la forcèrent pendant tout ce laps de temps à garder le lit. Ses premières règles s'accompagnaient d'une grande hémorrhagie avec caillots et durèrent tout un mois.

Il y a un an la malade n'a pas eu ses règles pendant quatre mois; après cette cessation elle eut de fortes pertes pendant quatre semaines, celles-ci n'ont cessé qu'après un tamponnement. Les règles ont cessé de nouveau pendant quatre mois et furent suivies de pertes rouges et blanches jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Examen physique. — L'utérus est un peu hypertrophié dans son diamètre transverse et l'hystéromètre donne 8 cent. 5. Il est en rétro et latéroversion droite, immobile dans tous les sens.

A gauche de l'utérus, une tumeur grosse comme un œuf de poule. Cette tumeur est mobile à gauche et à droite. Il est difficile de bien trouver les rapports entre la tumeur et l'utérus et de sentir les ovaires, le toucher et le palper étant douloureux, et la femme se contractant beaucoup. Mais on reconnaît

l'état kystique des annexes, la métrite, l'endométrite et les restes de périmétrie.

La malade accepte le curettage et la laparotomie. L'opération est faite le 3 septembre. Après une dilatation de l'utérus on fait le curettage qui révèle une endométrite hyperplasique très peu prononcée.

On fait la laparotomie et on trouve que la tumeur était attirée par la trompe droite faisant un tour complet de gauche à droite autour de son pédicule. L'ovaire correspondant était augmenté de volume et présentait la dégénérescence kystique. La trompe et l'ovaire ont été enlevés et à la coupe de la trompe on trouva une tuméfaction en chou-fleur, très friable, grande comme une grande prune macroscopiquement elle faisait songer à un néoplasme. Pour cette raison on en leva les annexes gauches qui étaient aussi augmentés de volume.

L'examen histologique démontre que c'était un adéno-sarcome. Ce qu'il y avait de remarquable dans ce cas c'est que le néoplasme s'est développé à la partie externe de l'extrémité péritonéale de la trompe.

Observation IV (Warnek).

Hydro-hémato-salpingite droite avec torsion du pédicule.

Abscès dans la paroi de la trompe.

N. Archives de la Société de Gynéc. et d'Obstétr., 1895.

Le 21 janvier 1889 fut admis dans mon service, à l'hôpital de Basmannia, une cuisinière âgée de 30 ans ; elle se plaignait de violentes douleurs dans le côté droit du bassin.

Elle a été réglée à 13 ans, les règles venaient toutes les trois

semaines, pendant trois jours, peu abondamment. Elle a eu trois grossesses. Le dernier accouchement date de cinq mois. Après son premier accouchement, qui a eu lieu il y a six ans, elle fut malade; après les deux suivants, elle jouissait d'une santé parfaite. Le 24 décembre 1887 elle a eu sa dernière menstruation régulière. Le 1^{er} janvier elle sentit tout à coup des douleurs dans la région inguinale droite; en même temps elle remarqua un écoulement sanguin, peu abondant, qui dura quatre jours. Après dix jours, l'écoulement reparut et dura aussi quatre jours. Cette fois-ci, il était plus abondant et ne cessa que le 20 janvier. Les douleurs s'aggravèrent. La malade est assez forte, d'une constitution satisfaisante, son visage exprime une vive souffrance. Les seins sont bien développés, les aréoles un peu colorées, les mamelles sécrètent du colostrum. Le ventre ne présente rien d'extraordinaire; il est seulement sensible à la pression. Aucune tumeur ne se manifeste à la palpation abdominale. Au toucher, les dimensions ainsi que la consistance de l'utérus sont tout à fait normales: il est seulement un peu déplacé à gauche. Dans le cul-de-sac vaginal droit, nous reconnaissons une tumeur lisse; elle a comme son point de départ sur la corne de l'utérus. Cette tumeur à son origine court un peu en avant de l'utérus; ensuite elle se rétrécit pour devenir, à la fin, plus dilatée et contiguë à l'os iliaque droit. Ainsi, elle consiste en deux tumeurs, qui sont fluctuantes, presque immobiles et chacune d'elle grosse comme une pomme de terre. Tous les autres organes, ainsi que la température, sont tout à fait normaux. Nous avons diagnostiqué une pyosalpingite droite.

Le 26 janvier, nous avons entrepris l'opération. Dès que la cavité abdominale fut ouverte, nous avons constaté que l'épi-

ploon était soudé avec la tumeur; après avoir posé des ligatures nous avons détaché les adhérences. La tumeur était constituée par la trompe droite. Dans son tiers interne, elle contenait un liquide séreux (hydrosalpinx). Cette partie était située en avant de l'utérus et était soudée avec la surface antérieure du ligament large. Les deux tiers externes de la trompe étaient réunis avec son tiers interne par un cordon mince long de 4 centimètres et entièrement tordu. La tumeur externe était soudée avec la surface postérieure du ligament infundibulo-pelvien et contenait des caillots (hématosalpinx). Dans la partie supérieure de l'hydro-salpinx était inclus un petit abcès à parois épaisses, gros comme une noix.

Nous avons enlevé la trompe droite, selon toutes les règles; le pédicule fut suturé superficiellement. Nous ne pûmes trouver l'ovaire droit ni pendant l'opération, ni dans les parties enlevées. Nous avons laissé intact l'ovaire gauche, ainsi que sa trompe, reconnus tout à fait inaltérés.

La température, pendant 9 jours, après l'opération, était un peu fébrile et le lendemain soir et le 9^e jour elle marquait même 38°2; tout le temps restant, elle marquait 37°4 et 37°6 le matin, et 37°6, et 37°7 le soir).

L'état général était tout-à-fait satisfaisant et aucune complication ne fut signalée. Le 9^e jour, quand nous avons enlevé les sutures de la plaie abdominale, nous pouvions constater la réunion régulière.

A dater du 10^e jour, la température fut normale.

Le 16 février, 22 jours après l'opération, à l'époque coïncidant avec l'apparition des règles, notre malade commença à se plaindre de douleurs dans la partie droite du bas-ventre. Ces douleurs ressemblaient à celles éprouvées avant l'opération. Mal-

gré l'absence complète d'écoulement quelconque, par les voies génitales, la température montait peu à peu, surtout vers le soir, (38°5 et 39°5 ; le matin 37°4 et 37°8). Le 17 février, après avoir examiné notre malade, nous pûmes constater un empâtement, mais sans fluctuation. Nous expliquâmes cette complication comme résultat d'une suppuration dans le pédicule ou bien comme une hémorrhagie dans l'ovaire droit resté en place.

Comme la température avait un caractère hectique, et que le lendemain, aucune amélioration ne pouvait être signalée, nous nous décidâmes à ouvrir cet empâtement par une laparatomie extra-péritonéale (externe).

L'incision fut faite parallèlement au ligament de Poupart à droite : après avoir coupé la peau et les muscles de la paroi abdominale, nous avons soulevé le péritoine.

Ensuite, nous avons fait dans la tumeur une ponction exploratrice avec l'aiguille de Dieulafoy. Nous avons trouvé des caillots : c'était donc un hématome. La plaie fut suturée, et dans la partie inférieure nous avons laissé un drain. Dès le lendemain soir, la température commençait à tomber ; les douleurs cessèrent de suite après l'opération.

La plaie se cicatrisa par première intention, excepté naturellement le passage du drain. Au commencement, par ce drain, il s'écoula du sang ; ensuite du pus. Le douzième jour, le drainage fut enlevé. Le malade commençait à se rétablir lorsque, le 20 mars, de nouveau à l'époque des règles, reparurent les douleurs dans le bas-ventre, à droite ; elles furent pourtant moins prononcées, cessèrent vite et la température resta normale.

Le 10 avril. — La malade quitta l'hôpital : elle a pris de l'embonpoint, les douleurs ont disparu totalement. Les cicatrices

de la double plaie abdominale sont tout-à-fait normales, un peu colorées. L'utérus complètement mobile; la trompe normale, ainsi que l'ovaire gauche. Dans le cul-de-sac vaginal droit on sent une tumeur dure indolore et grosse comme une noix. Pendant le séjour de notre malade à l'hôpital les règles n'apparurent point.

La malade, pendant trois mois, revint me consulter.

Après l'opération, les règles reparurent pour la troisième fois, le 1^{er} mai, et à partir de ce temps, elles se produisirent tout-à-fait régulièrement; leur type et la quantité étaient les mêmes qu'avant l'opération; parfois elles sont accompagnées de douleurs insignifiantes dans le bas-ventre droit. Les organes génitaux, ainsi que les cicatrices, sont normaux. La tumeur du cul-de-sac droit est devenue encore plus petite et plus dure. C'est le 14 avril 1890 que j'ai vu ma malade pour la dernière fois. Elle nous a appris qu'au mois de septembre 1888 elle avait une pneumonie fibrineuse. Depuis ce temps là elle tousse; la toux s'est aggravée dans les derniers temps; les règles venaient tout-à-fait régulièrement.

En 1890, elle devint enceinte.

Les dernières règles datent du 5 janvier 1890. A l'examen, nous avons constaté une grossesse de trois mois.

Dans les parties supérieures des deux poumons on entend des râles crépitants. Nous avons prescrit à notre malade, un traitement approprié.

Le cas, que nous avons décrit nous permet de poser les conclusions suivantes :

La malade, après ses premières couches, tombe malade; probablement elle fut atteinte d'une para-péritrite droite qui provoqua des adhérences. L'ovaire, l'abcès de la paroi de la

trompe, ainsi que l'hydro-salpinx, furent probablement circonscrits dans ces adhérences. La torsion du pédicule se produisit, à ce qu'il me semble, le 1^{er} janvier 1888. Quelle en fut la cause prédisposante ? Nous ne savons trop : la femme portait des fardeaux et remplit ses fonctions de cuisinière ce jour-là comme tous les autres. Ce n'est qu'une partie de la tumeur, la partie mobile qui s'est tordue. C'est une fois remplie de saug, qu'elle occasionna des douleurs violentes. La trompe, que nous avons enlevée, présente à l'examen histologique un hydro-hématosalpinx typique, avec un accès pariétal. Dans la période post-opératoire il faut signaler une remarquable complication, due, probablement à un hématome de l'ovaire droit, resté dans la cavité abdominale.

Observation V (Warnek).

Hydro-salpingite droite avec torsion du pédicule. Kyste interligamenteux gauche. Polype fibreux de l'utérus.

M. *Archives de la Société de Gynéc. et d'obst.* 1895.

Le 15 février 1893 fut admise dans mon service une villageoise âgée de 40 ans, elle se plaignait de douleurs dans le côté droit et de métrorrhagies.

La malade est d'une famille bien portante, jamais souffrante auparavant. Depuis vingt ans, elle est mariée, mais elle n'a pas eu d'enfant.

Elle a été réglée à 18 ans, les règles vinrent régulièrement et sans douleurs. Durant les dernières années, la menstruation a été douloureuse ; et depuis deux mois il existe des métrorrhagies. Leucorrhée de vieille date. Il y a deux ans, la malade res-

sentit pour la première fois, dans la partie droite du bas-ventre une vive douleur qui reparaisait plus aigue de temps en temps. Depuis six mois, ces douleurs localisées plus dans le côté droit, sont devenues plus fortes et constantes. De temps en temps elle vomissait. Depuis la même époque, la malade dit s'être aperçue de l'existence d'une tumeur très douloureuse, dans le côté droit.

La malade est anémique et d'une constitution médiocre. Les seins sont atrophies.

A la palpation on sent dans le ventre, deux tumeurs : celle de la fosse iliaque droite est ovale, dure, lisse et très mobile, non douloureuse ; chaque tumeur est grosse comme la tête d'un fœtus de six mois ; on sent, dans chacune de ces tumeurs une fluctuation profonde.

La tumeur droite ressemble à un rein mobile d'un volume considérable, mais, de son extrémité inférieure et non de son hile, on sent partir un gros cordon qui paraît tordu ; ce cordon se dirige vers le petit bassin.

Le pédicule de la tumeur gauche est impossible à reconnaître par le palper.

Au toucher vaginal, l'utérus augmenté, est séparé de la tumeur immobile qui occupe le cul-de-sac gauche et qui est incluse évidemment dans le ligament large. Il est impossible de ressentir par le vagin, la tumeur droite ; mais aussitôt qu'on la soulève par la paroi-abdominale, le cordon tordu, qu'on pouvait sentir aussi, dans le cul-de-sac droit, devient plus tendu.

En outre, dans l'orifice externe de l'utérus, on aperçoit un polype fibreux gros comme une noix, suspendu à un pédicule peu large. Les autres organes ne présentent rien d'anormal.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire, bilatéral, compliqué de torsion du pédicule ; à droite, polype fibreux de l'utérus.

Au bout de 4 jours, l'hémorrhagie cessa complètement. Après administration d'ergot de seigle, les douleurs dans la tumeur droite sont devenues plus calmes et la malade se sent plus forte.

Le 26 février l'opération fut entreprise. La tumeur droite ne présentait que la trompe très dilatée et distendue à son extrémité utérine ; elle était tordue 4 fois $1/2$ de droite à gauche. Nous l'avons enlevée avec son ovaire. Quant à la tumeur gauche, c'était un kyste tubo-ovarien implanté dans le ligament large ; nous l'avons enlevé aussi. Après avoir suturé le mince pédicule droit et le ligament large gauche, la cavité abdominale fut fermée.

Les quatre premiers jours la malade se sentait tout-à-fait bien à son aise. Elle vomissait seulement une ou deux fois par jour et elle allait à la selle après avoir pris de la magnésie. Le soir du 4^e jour apparut la menstruation et la température restait normale.

Dès le matin du 5^e jour la température restait normale, dans 24 heures elle ne s'abaissait pas ; dans la région épigastrique apparurent de vives douleurs ; pour les calmer, nous avons administré des injections sous-cutanées de morphine. Le ventre, d'abord souple et plat, se gonfla, et le soir survinrent des vomissements à plusieurs reprises.

D'après tous ces symptômes, il était facile de supposer une péritonite purulente, mais beaucoup de choses témoignaient du contraire : le pouls ne dépassait pas 78-80, l'état fonctionnel des intestins et des reins était bon, la malade avait une selle spontanée ; surtout l'état général était si bon qu'il était impossible de supposer une septicémie.

Quoi que le ventre fût ballonné et que les vomissements aient reparu le lendemain, la température, le matin du 6^e jour, tomba jusqu'à 37 et ne monta plus. Le soir la malade rendit par vomissements un ascaride ; les vomissements, les douleurs dans l'épigastre et le gonflement des intestins disparurent complètement et la malade passa la nuit tout-à-fait tranquille.

Le lendemain tous ces symptômes reparurent, mais ils étaient moins prononcés et disparurent, après une dose de santoline.

Le 10^e jour quand les sutures furent enlevées, la place était tout-à-fait cicatrisée ; seulement, dans quelques-unes des sutures, nous avons remarqué une suppuration insignifiante. Le soir du même jour les vomissements se renouvelèrent et un ascaride fut de nouveau rendu ; la température monta jusqu'à 37°. Dans les selles nous ne pûmes trouver aucun ascaride.

La malade se rétablit bientôt, et le 3^e jour, le 2^e avril, elle quitta l'hôpital bien portante. Quelque temps après, elle nous a dit qu'extérieurement elle avait rendu des ascarides par la bouche, avec les mêmes symptômes trois fois, mais elle a oublié de nous le dire avant l'opération.

Elles n'a jamais vu les ascarides sortir par l'anus. Quant au petit polype, que nous avons trouvé chez la malade, nous nous étions décidés à l'enlever pendant la période post-opératoire ; cependant, à l'examen, fait le 11^e jour, nous ne pûmes le retrouver, et l'utérus était tout à fait normal. Nous pûmes faire la même constatation le 1^{er} mai quand la malade est venue nous consulter ; ce n'est que le 19 mars 1894 que nous avons enlevé ce polype.

La tumeur droite contenait un liquide sanguinolent, que nous avons réussi à chasser par le bout utérin de la trompe.

L'ovaire ainsi que le parovarium étaient tout à fait normaux, la couche musculaire de la trompe était atrophiée et sa préparation desséchée ressemble à une vessie de bœuf.

La torsion du pédicule de la trompe droite s'était produite pour la première fois, à ce qu'il paraît, six mois auparavant, quand la malade ressentit la vive douleur du côté droit ; probablement la torsion s'est répétée encore quelquefois. Malgré cette torsion répétée à plusieurs reprises, la circulation dans la tumeur n'était pas très altérée, son contenu était coloré par du sang ; mais il n'y avait pas de caillots.

Observation VI (Hartmann et Reymond)

Annales de gynécologie et d'obstét., (septembre 1894).

Rosalie H... entre, le 9 juillet 1894 à l'hôpital Bichat, salle Chassaingnac, dans le service de M. le professeur Terrier, suppléé par M. Hartmann.

Réglée depuis l'âge de seize ans, elle n'a jamais eu ni enfant, ni fausse couche. Ses règles sont ordinairement régulières et non douloureuses.

Il y a six mois qu'elle commença à souffrir de l'abdomen ; elle éprouvait en même temps des élancements dans les jambes et dans le rachis ; les douleurs augmentaient pendant la miction et la défécation. A la même époque elle remarqua elle-même la présence d'une tumeur abdominale, au-dessus du pubis. Les règles diminuaient d'abondance : elles duraient autrefois 8 jours ; elles se terminent depuis ce moment en 24 heures.

Il y a deux mois la malade vient consulter et nous diagnostiquons une double salpingite sans rien remarquer de particulier. Il y a six semaines les douleurs augmentent brusquement d'intensité, et n'ont plus depuis lors cessé. Aussi la malade, qui lors de sa première visite avait refusé d'entrer dans le service, réclame-t-elle aujourd'hui avec insistance une opération.

La tumeur a manifestement augmenté de volume et est beaucoup plus douloureuse que lors de notre premier examen.

La palpation permet de déterminer la présence d'une tumeur globuleuse occupant l'hypogastre, la moitié gauche de la région ombilicale et la fosse iliaque du même côté.

Cette tumeur remonte à gauche un peu au-dessus de l'ombilic ; elle est tendue, résistante, on peut lui imprimer quelques légers mouvements.

Par la percussion on trouve de la matité dans la moitié gauche de la région hypogastrique, dans la fosse iliaque gauche et dans la partie avoisinante de la région ombilicale.

Au toucher, le col est petit, conique, régulier, son orifice dans l'axe du vagin. Sa mobilité est diminuée et les petits mouvements qu'on lui imprime se transmettent manifestement à la tumeur perçue par le palper abdominal.

Dans le cul-de-sac vaginal, en avant et un peu à gauche du col, on trouve très facilement la tumeur abdominale, la partie postérieure du cul-de-sac latéral gauche est libre.

En arrière du col, et se prolongeant sur sa droite, on trouve une masse lobulée qui paraît, de même, tendue et rénitente, et qui semble en contournant le col se continuer avec la masse antérieure.

Le 24 juillet 1894, la malade est opérée par M. Hartmann aidé de M. Reymond.

On fait une incision du pubis à l'ombilic, contournant celui-ci à gauche ; l'épiploon épaissi et rouge adhère à la paroi ; ces premières adhérences rompues, on le trouve adhérer encore par sa face postérieure à une grosse tumeur d'un rouge sombre. Une fois libéré, l'épiploon est rejeté sur la paroi abdominale entre deux compresses.

On commence alors le décollement difficile de la grosse tumeur qui adhère de tous les côtés à la paroi, à l'intestin grêle, à l'anse oméga ; cette décortication faite avec les ongles, une fois assez avancée, on ponctionne la tumeur et l'on en retire 400 gr. de sang. On continue alors le décollement ; celui-ci terminé on arrive à un pédicule gros comme l'index.

On constate alors que le pédicule est tordu dans le sens inverse des aiguilles d'une montre ; le pédicule est alors en avant et à droite, mais une fois la section faite il se déplace ; le kyste dépend de la corne utérine gauche ; l'utérus avait lui-même pivoté d'un demi-tour. Le pédicule est fait avec un double fil en X ; il est touché après la section avec un thermo-cautère. Toilette du péritoine. Résection du bord inférieur épaissi de l'épiploon et de plusieurs franges enflammées de l'anse oméga.

Drainage ; fermeture de l'abdomen par trois étages de suture.

Guérison.

Examen macroscopique des pièces. — En considérant le pédicule tordu, gros comme l'index, on voit qu'il se compose de plusieurs éléments enroulés en spirale, entre autres de l'extrémité utérine de la trompe.

La portion de la trompe prise dans ce pédicule est à peine grosse comme une plume d'oie ; aussitôt après, elle devient comme le pouce, et son volume va en augmentant jusqu'au

pavillon; un peu avant ce niveau la trompe a 4 centimètres de diamètre; en coupant la trompe on obtient des tranches d'un rouge sombre, presque noires; et il semble tout d'abord qu'il ne s'agisse que d'un gros caillot tant les éléments constituant la trompe ont perdu leur aspect habituel; dans le tiers interne la lumière est très étroite par rapport à l'énorme épaisseur des parois.

Mais, plus en dehors, elle devient elle-même considérable, et c'est par cet orifice ayant deux centimètres de large que s'ouvre la trompe dans le kyste contenant l'épanchement sanguin.

La trompe ouverte, on voit très bien sa face, le niveau où s'arrêtent les franges et où la paroi de la trompe se continue avec la paroi du kyste.

Celui-ci contenait 400 grammes de sang ayant la couleur du sang veineux. Les parois du kyste sont en dedans lisses et régulières; leur coupe qui a en moyenne un demi-centimètre d'épaisseur, présente la même couleur sombre que celle de la trompe et a la même infiltration de sang qu'on fait sourdre en pressant la paroi.

L'ovaire est retrouvé dans la tumeur sous la forme d'un épaississement de la paroi du kyste; il est situé au point du kyste le plus éloigné de l'abouchement de la trompe.

Du côté droit la disposition des annexes est presque semblable, avec cette différence, qu'elles sont plus petites. Tandis que les parois de la tumeur sont à gauche épaisses et noires, elle sont à droite très minces et transparentes en plusieurs points.

L'ensemble de la tumeur a 15 centimètres dans son plus grand diamètre; elle est constituée par un kyste à minces parois se continuant avec la trompe distendue.

Celle-ci est perméable et très contournée sur elle-même; elle

a un volume normal à son extrémité interne, mais augmente rapidement de diamètre, ses parois au lieu d'augmenter d'épaisseur, s'amincissent par suite de la distension ; le diamètre de la trompe est d'un centimètre et demi au niveau de l'orifice la faisant communiquer avec le kyste de l'ovaire ; les franges sont encore visibles à ce niveau ; un épaissement des tissus fait comme une couronne enveloppant l'orifice autour duquel se sont constituées les adhérences de la trompe et de l'ovaire.

Le kyste a des parois extrêmement minces ; l'ovaire très atrophié se trouve en arrière et en bas du kyste.

Le contenu du kyste qu'on peut évaluer à 100 grammes environ, était complètement citrin.

Le fragment d'épiploon pesait 60 grammes ; le bord inférieur par lequel il adhéraît à la tumeur est épais, dur comme du carton, d'un rouge sombre ; il reprend graduellement sa souplesse et son aspect graisseux de bas en haut.

Examen microscopique immédiat. — Le sang contenu dans les annexes droites a un aspect normal ; nous avons trouvé cependant une légère modification dans le rapport des globules rouges et des globules blancs ; on trouve en moyenne un globule blanc pour cent globules rouges.

L'examen direct ne nous a pas permis de trouver de microorganismes.

Toutes les cultures faites avec les tissus des annexes droites sont restées stériles.

Les cultures faites avec le sang de la trompe gauche sont restées stériles, quand on s'est contenté de mettre le fil de platine au contact du sang. Mais en étalant deux ou trois gouttes de ce sang sur un tube de gélose, on obtient de 10 à 15 petits centres de culture.

Le bouillon ensemencé, non avec le fil de platine, mais avec une ou plusieurs gouttes de sang, se trouble dès le lendemain et fournit le même microorganisme que celui des cultures de gélose.

Ce micro-organisme est donc peu abondant dans le sang du kyste.

Les cultures faites avec le liquide recueilli le lendemain dans le fond du drain donnèrent le même résultat.

Le 1^{er} août. — Cinq jours après l'ablation du drain, s'ouvrait un foyer purulent paraissant être formé au niveau du pédicule gauche.

Ce pus contenait un assez grand nombre de microcoques à l'examen direct ; les cultures montrèrent qu'il s'agissait du même organisme.

Ce microbe que nous retrouvons dans le contenu de la tumeur puis dans le liquide du drain le lendemain de l'opération, enfin dans le pus d'un abcès développé au niveau du pédicule, a les caractères suivants :

Sur gélose : épaisse couche blanche, laiteuse, dont les bords sont régulièrement festonnés.

Sur bouillon : trouble rapide, dépôt abondant se collectant dans le fond du tube.

Sur gélatine : fines plaques semblables à celles de la gélose, plus étalées.

Sur gélatine en piqure, pas de liquéfaction ; la culture se produit sur toute la hauteur ; elle est gris sale plutôt que blanche.

Le coccus de 2^e de diamètre environ est quelquefois isolé, plus souvent par deux ; quelquefois en chaînettes dont les éléments ont des dimensions différentes ; le plus souvent en mas-

ses régulières, non épaisses, les éléments s'étant juxtaposés dans la préparation mais restant sur une seule épaisseur.

Avec un fort grossissement on voit que ces microcoques se composent de deux éléments ; cette disposition est surtout bien visible sur le plus volumineux des microcoques ; on voit alors chaque coccus séparé nettement par une ligne claire qui en fait deux demi-coques.

Cette espèce se colore bien par toutes les couleurs d'aniline ; elle ne se décolore pas par la méthode de Gram.

Elle paraît peu pathogène pour les animaux comme l'indiquent nos inoculations.

Plusieurs caractères, entre autres sa façon de se comporter vis-à-vis de la gélatine, ne permettent pas de la confondre avec le staphylocoque pyogène blanc. L'espèce dont elle paraît se rapprocher le plus est le micrococcus lactens faviformis qu'on trouve souvent dans le mucus vaginal et dans les bartholinites.

Buamm l'a trouvé aussi dans l'utérus.

Les résultats obtenus chez les animaux par cet auteur sont seuls un peu différents de ceux que nous allons étudier.

Inoculations. — Le sang contenu dans la salpingo-ovarite a été inoculé sans résultats dans le péritoine du lapin, du rat, et du cobaye.

En inoculations sous-cutanées chez le lapin, elle donna lieu à des indurations légères qui disparurent le lendemain.

Les inoculations faites dans le péritoine du cobaye avec le bouillonensemencé par le sang ne donnèrent aucun résultat. Sous la peau elles donnèrent, dans un seul cas, un petit abcès qui fut ouvert le quatrième jour, et contenait le même micro-organisme.

Nous fîmes encore des inoculations avec le pus de l'abcès du pédicule ; sur trois expériences nous n'obtinrent qu'une fois un petit abcès.

En résumé ce microcoque paraît très peu pathogène ; il paraît cependant à un certain degré de virulence, pouvoir se montrer pyogène.

Histoire de la tumeur. — Nous avons pratiqué des coupes dans un grand nombre de régions différentes de la tumeur ; les plus intéressantes correspondaient aux fragments suivants :

- 1° Fragment de la partie moyenne de la trompe gauche ;
- 2° Fragment de la paroi du kyste sanguin ;
- 3° Fragment de la partie moyenne de la trompe droite ;
- 4° Fragment de l'épiploon adhérent à la tumeur.

1° *Partie moyenne de la trompe gauche.* — La lumière de la salpingite est peu considérable ; on y trouve des cellules de desquamation épithéliale et des globules sanguins.

L'épithélium est cubique ; il ne subsiste qu'en un petit nombre de points.

Les franges ont disparu et sont remplacées par d'épaisses saillies que fait la muqueuse. Cette disposition tient surtout à ce que la salpingite correspond au type dans lequel les franges s'épaississent en diminuant de longueur ; mais elle tient aussi à ce que l'hémorrhagie se produisant dans l'intérieur de ces franges, en a écarté les feuilletts, tendant ainsi à effacer de plus en plus la saillie de la frange.

L'épaississement de la muqueuse est énorme : chacun des faisceaux conjonctifs semble nager dans le sang.

Il en est de même pour les deux couches musculaires. L'hémorrhagie s'est produite non seulement entre les deux faisceaux, mais entre les fibres des mêmes faisceaux, et il est sou-

vent difficile de voir si le sang qui le sépare est contenu dans un capillaire très dilaté, ou appartient à une hémorrhagie interstitielle.

Les vaisseaux ont tous subi une modification de même nature ; les veines surtout sont très dilatées.

Quant aux artères, il y a lieu de penser que le sang ne pénétrait plus dans l'intérieur de plusieurs d'entre elles, alors qu'il circulait encore dans les artères de moindre importance ; ces dernières en effet ne contiennent que du sang normal, tandis que dans les artères d'un gros calibre on constate que le contenu sanguin est parcouru par de nombreuses travées de fibrine. Il s'agit d'un caillot tendant à s'organiser : la paroi de l'artère est elle-même dissociée. Des hémorrhagies interstitielles se sont faites entre ses éléments, ses *vasa vasorum* dilatés ont acquis des dimensions considérables.

2° *Parties kystiques pleines de sang.* — Les coupes faites dans le deuxième fragment aux dépens des parois du kyste donnent un aspect d'apoplexie semblable à celui que donnent les coupes de la trompe ; mais les parois plus denses ont laissé moins facilement dissocier leurs éléments ; d'autre part les vaisseaux moins nombreux n'ont pas donné à l'ensemble un aspect de dilatation vasculaire aussi caractéristique. C'est sur la paroi de ce kyste que nous avons trouvé en quelques rares points de petits groupes de microcoques.

3° *Trompe droite.* — Quant à la trompe du côté opposé ses lésions sont celles d'une salpingite chronique, dont les parois et les vaisseaux sont peu malades, mais dont la muqueuse est profondément modifiée tant par les phénomènes inflammatoires dont elle a été le siège, que par la pression que fait subir à sa surface l'accumulation du liquide dans la trompe.

Les franges donnent sur la coupe l'aspect de gros bourgeons à têtes arrondies, à pédicules plus ou moins larges. L'épithélium qui les recouvre n'a nulle part conservé ses cils vibratiles il paraît avoir une grande tendance à desquamer; il est d'autant plus aplati qu'il est plus près de se détacher. En certains points on voit deux couches de cellules épithéliales: l'une qui va desquamer n'est composée que de cellules très plates; celle qui se trouve au-dessous et va la remplacer est formée de cellules cylindriques.

Au-dessous de l'épithélium se trouve une couche fort épaisse du tissu conjonctif s'étendant jusqu'à la couche musculaire; celle-ci est presque saine, ainsi que les vaisseaux qui s'y trouvent.

Nulle part nous n'avons trouvé de microorganismes dans la coupe de cette trompe.

4° *Epiploon*. — Le quatrième fragment dont l'étude nous a semblé intéressante porte sur le bord de l'épiploon adhérent aux annexes gauches. Si l'on considère la partie supérieure de ce fragment, le point le plus près de la section, on trouve une disposition des éléments se rapprochant beaucoup de l'histologie normale, les vaisseaux sont seulement plus dilatés; les travées qui séparent les cellules graisseuses sont épaissies et contiennent un grand nombre de leucocytes.

A mesure qu'on se rapproche de l'extrémité inférieure, cette disposition s'exagère; un grand nombre de vaisseaux sont thrombosés, et de nombreuses hémorragies interstitielles se sont produites; les travées séparant les cellules graisseuses sont de plus en plus épaisses et remplies de cellules inflammatoires. Nous avons trouvé un groupe de microcoques ayant le même

aspect que ceux fournis par les cultures et que ceux trouvés plus haut sur la paroi du kyste.

Observation VII (Legueu)

Revue de gynécologie et chirurgie abdominale (février 1898).

Marie D..., âgée de 49 ans, entre à l'hôpital Pascal dans le service de M. Pozzi, remplacé par M. Legueu le 28 septembre 1897.

On ne note rien dans ses antécédents héréditaires, pas plus que dans ses antécédents personnels, en dehors de l'affection pour laquelle elle vient réclamer des soins.

Réglée à l'âge de treize ans, elle le fut toujours bien jusqu'au mois dernier. Elle a eu deux enfants ; le dernier, il y a 17 ans. Rien d'anormal à ses couches, aucun accident consécutif.

Depuis quatre ans la malade a eu des pertes blanches qui ont augmenté, comme abondance, depuis deux ans. Au début ces pertes étaient accompagnées de cuisson en urinant ; elles empesaient le linge.

L'état général se ressentit de ce mal : l'amaigrissement et la perte des forces survinrent. Il n'est pas douteux qu'une infection blennorrhagique eut lieu à ce moment.

Les douleurs abdominales, légères, se sont nettement accentuées depuis un an.

Ces douleurs survinrent par crises. Au début de la crise, une douleur vive est ressentie dans l'aîne droite, remonte dans la région lombaire, s'irradie dans la cuisse jusqu'au genou.

Elle s'accompagne de vomissements avec ballonnement léger du ventre.

La crise survient brusquement, dure deux ou trois jours ; l'intervalle compris entre les crises est de 1 mois et demi environ mais sans régularité. Aucun trouble ni digestif, ni urinaire n'est noté ; du reste, l'examen des urines ne donne rien.

À l'examen physique l'exploration du rein pas plus que celle de la région appendiculaire ne fait soupçonner une lésion de leur côté.

Pour l'abdomen, rien à la vue ; à la palpation aucune tumeur appréciable. Le toucher avec l'exploration bimanuelle montre : un col gros, ulcéré, répondant à un utérus gros, qui remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne ; il semble peu mobile, est surtout fixé en rétroflexion. Le cul-de-sac postérieur est libre.

Dans le cul-de-sac latéral droit, très haut, et en ramenant bien la paroi avec la main gauche, on sent une tumeur assez volumineuse de la grosseur d'un gros œuf de poule, et qui donne une sensation de résistance. Cette tumeur est accolée à l'utérus d'un côté et de l'autre se perd vers la paroi du bassin. Elle ne proémine pas du tout du côté du vagin, mais remonte haut dans l'abdomen. Le toucher de cette tumeur est peu douloureux.

Dans le cul-de-sac gauche, on sent une tumeur allongée, peu volumineuse, accolée à l'utérus, elle est peu douloureuse.

L'utérus donne, à l'hystéromètre, 9 centimètres. Le diagnostic est alors porté de pyosalpinx droit, avec salpingite à gauche, utérus de métrite.

Malgré la métrite et l'état du col qui, vu au spéculum, est très ulcéré et donne lieu à un écoulement muco-purulent ; vu la lésion surtout accentuée à droite et très haut placée, dans l'espoir de conserver les annexes du côté gauche, on

décide une laparotomie de préférence à une hystérectomie vaginale.

La laparotomie est pratiquée le 9 octobre 1897, par M. Legueu. Position de Trendelenbourg, anesthésie au chloroforme.

Après l'ouverture de l'abdomen, on remarque à droite une grosse tumeur noirâtre, qui est accolée au détroit supérieur du bassin, allant de l'utérus gros et rétrofléchi à la paroi osseuse autour des anses intestinales légèrement adhérentes. Ces anses intestinales sont décollées facilement, les adhérences sont récentes et la tumeur circonscrite, est attirée vers la paroi.

Alors on s'aperçoit que son pédicule est tordu sur lui-même et que ce pédicule, de la grosseur d'une plume d'oie environ, se trouve en continuité avec la corne utérine.

C'est donc la trompe, elle-même, qui est tordue. On la détord en allant de droite à gauche en sens inverse des aiguilles d'une montre, et on la sectionne pour la séparer de l'utérus sans placer de pédicule, la section du ligament large ayant été faite de dehors en dedans, aux ciseaux, pour l'ablation de cette trompe avec l'ovaire correspondant, le tout formant la tumeur noire avec l'ovaire tordu. La détorsion a montré qu'il y avait un tour et demi de spire.

A gauche, il existait une salpingite banale, mais ne permettant pas de conserver des annexes. La trompe n'était pas perméable ; l'ovaire kystique.

On procède donc à l'hystérectomie abdominale par le procédé américain, en allant de droite à gauche. L'utérus est enlevé avec la trompe gauche qui restait.

Un drainage est fait par en bas dans l'orifice vaginal et un peu par en haut du côté de l'abdomen, les deux à la gaze iodformée.

Les suites opératoires furent simples ; la malade sortit guérie le 30 Octobre.

La trompe est tordue sur elle-même, au niveau de la corne utérine droite ; cette torsion fait un tour et demi dans le sens des aiguilles d'une montre.

La tumeur est assez volumineuse ; elle est aplatie d'avant en arrière, plus large transversalement que de bas en haut.

Les adhérences autour sont très lâches ; aucune adhérence n'existe avec l'utérus.

Si nous sectionnons cette tumeur, nous voyons que la paroi de la trompe est épaissie, mais existe nettement sur tous les points.

Cette paroi a une épaisseur de $1/2$ millimètre environ ; en aucun point nous n'avons trouvé une plus grande épaisseur ; aucun point d'amaigrissement ou de sphacèle.

Le contenu est hématique, mais tous les caillots ou du moins l'unique caillot qui remplit toute la poche est organisé ; on dirait une injection faite avec une matière solidifiable qui a distendu cette poche :

Tous ces phénomènes nous indiquent que la circulation sanguine a été très gênée mais se faisait encore, ou du moins avait pu se rétablir, après une interruption passagère, au niveau de la torsion.

L'ovaire ne participe pas à la tumeur, mais il est situé dans le ligament large, à sa situation normale.

Du côté gauche, la trompe est sinueuse, repliée sur elle-même et adhérente à la face postérieure, près du fond de l'utérus ; ses adhérences sont solides, son contenu purulent. C'est une salpingite banale.

L'utérus est volumineux, à parois très épaissies : trois centimètres vers le fond. Il est parsemé de petits fibromes.

L'analyse de cette observation montre que la trompe, seule peut se tordre sur elle-même, absolument comme un kyste de l'ovaire, et présente un pédicule analogue. Elle peut participer, seule, à la torsion, l'ovaire restant en situation normale.

Dans les cas observés déjà, il s'agissait toujours d'hydrosalpinx ; la présence d'une salpingite du côté opposé, dans le cas qui nous intéresse, montre qu'une salpingite banale peut aussi présenter cet état.

Observation VIII (Jacobs).

Bulletin de la Soc. belge de gynéc. et d'obstét., 1896.

J'ai l'honneur de vous présenter les pièces anatomiques d'un cas intéressant de fibrome utérin avec altérations annexielles bilatérales.

Elles présentent une anomalie que je n'avais jamais rencontrée jusqu'à ce jour. L'histoire de la maladie est des plus instructives, à cause de sa rapidité d'évolution.

Il y a trois mois environ, Mme X..., vint me consulter pour une petite ulcération qu'elle portait sur la face interne de la petite lèvre gauche. Cette ulcération était assez profonde et à bords très nettement découpés.

Les cautérisations étant restées sans effet, je crus avoir affaire à une manifestation syphilitique et, en conséquence, je soumis la malade à un traitement ioduré interne ; l'ulcération guérit très rapidement. J'avais constaté, lors de mon premier

examen, que la malade portait un fibrome utérin interstitiel assez volumineux, qui lui occasionnait des douleurs pelviennes assez vives.

C'est une personne de 46 ans, secondipare. A cause de l'infection syphilitique présumée, j'abandonnai toute idée d'intervention opératoire immédiate.

Je revis la malade environ un mois après. Son état général s'était considérablement modifié; elle maigrissait rapidement, se plaignait d'inappétence, d'insomnies occasionnées par des douleurs pelviennes constantes dans la fosse iliaque gauche.

L'examen nous décéla l'existence d'une vaste tumeur annexielle gauche (salpinx). Nous soumîmes la malade à un traitement palliatif pendant quelques jours, au bout desquels une tumeur annexielle s'était développée du côté droit. Ces deux tumeurs étaient très volumineuses, fluctuantes, douloureuses. Etat général mauvais; fièvre le soir.

Nous engageâmes la malade à se faire opérer, ce à quoi elle consentit quelques jours plus tard.

L'opération (15 juin 96) fut laborieuse, à cause de la situation élevée du fibrome et des adhérences contractées par les annexes. Elle fut pratiquée par la voie vaginale: morcellement partiel du fibrome, extraction en bloc de l'utérus et des annexes.

Pendant les manipulations, nous ouvrimus un vaste abcès de l'ovaire droit, ce qui donna issue à une grande quantité de pus fétide.

Malgré cet incident, après l'ablation complète et la toilette du pelvis, nous remplaçâmes immédiatement les pinces à forcipressure par autant de ligatures, et nous fîmes extemporanément la fermeture de la voûte vaginale au moyen de trois points de suture, c'est-à-dire que, malgré l'écoulement de pus

pendant l'opération, nous ne fîmes aucun drainage. Les suites opératoires furent apyrétiques et aujourd'hui la malade est en convalescence.

Pièces anatomiques. — Utérus à parois très épaisses; la cavité est complètement déviée à droite. Dans la paroi utérine, au niveau du fond, se trouve un gros fibrome interstitiel en partie morcelé.

Les annexes droites sont déchiquetées; lésions : vaste pyosalpinx et abcès de l'ovaire.

Annexes gauches. — La trompe est énormément distendue en massue. A environ 3 centimètres de l'utérus, elle présente une torsion complète sur son axe.

La portion de la trompe voisine de l'utérus est variqueuse et présentait au moment de l'opération, une coloration verdâtre rappelant la gangrène. Au-delà du point de torsion, la trompe se dilatait en boudin, ayant son plus grand développement au niveau du pavillon : contenu purulent.

Jamais, jusqu'à ce jour, je n'avais eu l'occasion de rencontrer la torsion de la trompe. Je ne crois pas que dans ce cas ce soit l'origine du salpinx, à cause des lésions similaires de l'autre côté. J'estime plutôt que la torsion fut postérieure, et ne précéda que de peu de temps l'opération. La minceur des parois au niveau de la torsion, le développement et la pression des parties tubaires situées en deçà et au-delà, eussent certainement amené très rapidement une rupture complète.

Le fait est important à signaler comme contribution à l'étude de l'étiologie des péritonites d'origine annexielle.

Observation IX (Warnek).

Cancer primitif des trompes. Kyste tubo-ovarien droit. Torsion des pédicules.

N. Archives de Gynécol. et d'Obstétrique, 1895.

Nous avons ajouté ce cas à nos observations, bien qu'il ne s'agisse pas de salpingite, à cause de l'analogie de mécanisme.

Le 29 août 1893, entra dans mon service une cuisinière, âgée de 43 ans ; elle se plaignit d'une métrorrhagie et de douleurs dans le ventre.

La malade est d'une famille saine. Avant 17 ans, elle fut atteinte d'une pneumonie ; elle souffrait souvent de douleurs dans le ventre, et, depuis longtemps elle abusait de l'alcool. Réglée à 18 ans ; les règles venaient toutes les trois semaines pendant huit jours, très abondantes, mais sans douleurs. Dans les derniers temps la menstruation était devenue beaucoup plus abondante. Elle avait eu trois enfants ; le dernier il y a 12 ans ; après les couches elle se portait bien. Le 19 août, au soir, elle avait porté un grand panier : la nuit elle avait eu d'atroces douleurs dans le ventre, de la fièvre et des douleurs pendant la miction. Le 21 août, survint une métrorrhagie. Pas de vomissements.

La malade est très anémique, épuisée, et d'une constitution assez faible ; les reins sont atrophiés.

Le ventre est ballonné et au-dessus de la symphyse on reconnaît une tumeur fluctuante, peu mobile, dure et grosse comme le poing. Le cul-de-sac droit est un peu refoulé, on y sent un cordon, qu'il est impossible de rattacher à la tumeur.

Dans le cul-de-sac antérieur et un peu à gauche, on set la partie inférieure de la tumeur. Plus bas, dans le cul-de-sac gauche, on sent la trompe enflée, douloureuse, qui se dirige en arrière du cul-de-sac droit. L'utérus est volumineux ; il se trouve dans sa position normale, mais il présente des altérations dues à une métrite chronique. Pouls 92, assez faible ; les artères un peu dures ; la température est normale et les autres organes ne présentent rien d'extraordinaire.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule et salpingite gauche. La malade ne se décida à l'opération proposée qu'au bout d'une semaine. La métrorrhagie cessa le lendemain, mais les douleurs restèrent les mêmes.

Le 7 septembre. — Opération. La cavité abdominale ouverte, nous avons trouvé deux tumeurs dans le bassin : la tumeur droite, un kyste tubo-ovarien, se trouvait un peu en avant de la corne gauche de l'utérus ; elle était soudée avec la surface antérieure du fond de la matrice ; la tumeur gauche, la trompe gonflée, était située en arrière et à droite de l'utérus, et réunie à la face postérieure du ligament large, droit, et au cul-de-sac de Douglas. Les deux pédicules étaient tournés $1\frac{1}{2}$ fois autour de leur axe.

Pendant l'opération, la tumeur droite se rompit et son contenu, d'une couleur rouge foncée, se répandit, entra dans la cavité abdominale. Ligatures des pédicules et ablation des tumeurs. Le pédicule gauche fut suturé superficiellement avec le catgut, tandis que le pédicule droit fut laissé sans sutures.

Nous avons trouvé encore des adhérences entre les intestins et le ligament large droit ; mais comme ces adhérences étaient assez fortes et ne présentaient aucun obstacle pendant l'opération et même avant l'opération elles ne causaient aucun in-

convénient par leur présence, nous les avons laissées intactes ; la paroi abdominale fut réunie comme toujours.

La plus sérieuse complication dans la période post-opératoire fut le vomissement ; malgré la température normale, malgré l'état général satisfaisant, les vomissements persistèrent depuis le lendemain de l'opération jusqu'à la mort.

La malade eut des selles après lesquelles les vomissements devinrent un peu faibles. Il y eut même deux jours où elle vomissait seulement 2 3 fois par jour ; l'appétit bon, la plaie abdominale se cicatrisa par première intention. Le dix-septième jour après l'opération, les accès, les vomissements s'aggravaient, la malade allait mal à la selle, le ventre devenait gonflé et sensible.

Le dix-huitième jour les vomissements avaient une odeur fétide et le lendemain ils contenaient des excréments. Un lavement, administré deux fois, provoqua une selle ; les vomissements devinrent moins abondants, mais le vingt-et-unième jour ils s'aggravèrent de nouveau.

La malade se plaignit de vives douleurs dans le ventre, qui était très sensible à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite. Le pouls quoique très faible, était tout à fait régulier. Comme il n'y avait aucun doute que nous avions à faire à une occlusion intestinale quoique incomplète, nous nous décidâmes d'entreprendre une laparotomie, que j'exécutai le 26 septembre à midi.

L'incision fut faite sur la cicatrice de la paroi abdominale, qui était assez dure ; quand la cavité abdominale fut ouverte, il devint clair que l'épiploon était soudé avec la surface postérieure de la cicatrice ; les intestins étaient très ballonnés, mais leur couche séreuse était tout-à-fait pâle et luisante.

L'occlusion incomplète des intestins était occasionnée par une adhérence de deux anses intestinales avec le pédicule droit, qui n'était pas suturé superficiellement ; une anse était soudée par sa surface périphérique, et sa voie était libre ; l'autre anse soudée à angle aigu contenait aussi des excréments et des gaz, mais son calibre était bien rétréci.

Après avoir détaché ces adhérences, ainsi que celles que nous avions laissées intactes à notre première intervention chirurgicale, les bords de la plaie furent réunis par des sutures.

Après l'opération, les vomissements ne cessèrent pas, et, à 3 heures d'après-midi, survint la mort. A l'autopsie, il fut impossible d'apprendre quelque chose de positif. Dans la cavité abdominale, nous n'avons trouvé ni une hémorrhagie, ni un exsudat quelconque ; le rétrécissement d'intestin, que nous avons séparé pendant notre seconde opération, était très peu prononcé.

L'utérus était gros, mais sa cavité tout-à-fait normale.

La préparation que nous avons faite à notre première opération présente les détails suivants : les deux trompes sont volumineuses ; la trompe droite communique immédiatement avec le kyste de l'ovaire (kyste tubo-ovarien). La membrane muqueuse, à partir du bout utérin de la trompe jusqu'à son bout abdominal ne présente aucune altération visible. Mais les ampoules sont remplies de papilles qui ressemblent à des choux-fleurs ; dans la trompe gauche ces papilles ont des pédicules. On peut bien examiner la structure carcinomateuse de ces papilles sur deux microphotographies, exécutées par M. N. Nikiforoff, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Moscou, à qui j'exprime ici ma plus vive reconnaissance. Comme ni dans l'utérus ni dans les ovaires, il n'y avait aucune altéra-

tion carcinomateuse, il faut considérer ce cas comme un carcinome primitif des trompes.

Selon moi, on peut expliquer l'issue fatale par un shock pendant la seconde intervention opératoire ; il eut été de beaucoup préférable de ne pas entreprendre cette opération : l'occlusion incomplète d'intestin aurait probablement cédé aux moyens thérapeutiques prolongés.

Vu par le président de la thèse

GUYON.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

